

SÍNDROME UROGENITAL EN LA MENOPAUSIA

Dra Carmen Irela Troya Soto

Ginecóloga, Panamá.

El síndrome Urogenital de la Menopausia (SUM) es la nueva terminología para la atrofia vulvo vaginal (AAV), la cual ocurre en el 40-50% de las mujeres postmenopausicas. Este cambio en la terminología surgió con el fin de mejorar los conceptos inapropiados que denotan “vaginitis atrófica y AVV” ya que el término **vaginitis** refiere a infección o inflamación, y el término **atrofia**, además de dar una connotación negativa en la mujer, se refiere solamente a la apariencia de la vulva y la vagina sin especificar síntomas asociados (ni los vaginales ni los urológicos).¹ Estos términos no tienen relación con la fisiopatología del SUM.

El termino SUM enfatiza la importancia de considerar los aspectos genitales, la disfunción sexual y los síntomas urinarios, y en el reporte de la Sociedad Internacional del Estudio de la Salud Sexual Femenina y La Sociedad Norteamericana de Menopausia se define así:

*“... puede incluir pero no se limita a **síntomas genitales** como resequedad, ardor e irritación; **síntomas sexuales** como falta de lubricación, molestia o dolor, y función limitada; y **síntomas urinarios** como urgencia, disuria e infecciones de vías urinarias a recurrencia”*

Estos síntomas no remiten espontáneamente y usualmente recurren al parar el tratamiento hormonal.

El problema actual radica en que a pesar de que hasta el 80% de las pacientes considera que su vida se afecta negativamente, siendo afectada su vida sexual en el 75%², solo el 56% ha discutido estos síntomas con su médico¹. Muchas mujeres tienen pena o razones personales para no reportar síntomas.³

Los síntomas aparecen tanto en el tracto genital como en el tracto urinario inferior (uretra, trigono y vejiga urinaria) ya que ambos comparten formación embriológica similar y función común de los receptores estrogénicos. Al haber depleción de los niveles de estrógeno ocurren los síntomas y signos genitales como resequedad vaginal, sensibilidad, epitelio vaginal adelgazado, friabilidad vaginal aumentada; los síntomas urinarios como frecuencia urinaria, urgencia urinaria, nicturia, incontinencia de urgencia e infecciones de vías urinarias a repetición; y los síntomas sexuales como pérdida de libido, pérdida de la excitación, falta de lubricación, dispareunia, dolor pélvico, entre otros.

Al momento de hacer el diagnóstico clínico siempre hay que evaluar otras etiologías que mimeticen el hipoestrogenismo que causa SUM, como son la hiperprolactinemia, desordenes autoinmunes, causas farmacológicas, iatrogénicas (radioterapia o quimioterapia), entre otras.⁴

El diagnostico incluye una historia clínica completa, incluyendo cualquier irritante de la vagina (lubricantes, jabones, espermicidas), medicamentos u otros. Hay que realizar examen pélvico bimanual y examen rectal para hacer un diagnóstico diferencial. Los exámenes de laboratorio nos permiten evaluar el pH vaginal y citología, y el ultrasonido de útero permite evaluar el grosor de la pared endometrial.

Dependiendo de los síntomas de la paciente hay diferentes opciones de tratamiento que se pueden utilizar. La terapia con estrógenos sistémica se prefiere en pacientes con síntomas moderados a severos, siempre y cuando no tengan riesgo cardiovasculares o de cáncer de mama. Si los síntomas son leves se pueden utilizar estrógenos tópicos. Otros tratamientos incluyen los moduladores selectivos de receptores de estrógeno, la terapia con láser, esteroides sintéticos, oxitocina, dehidroepiandrosterona, lubricantes y remedios homeopáticos.

¹ REVIVE (Real Women's views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) Kinsberg et al. J Sex Med. 2013

² VIVA (Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes) – Encuesta en línea. Napp, Kokot-Kierepa. Climacteric. 2012

³ Davila GW, et al. Am J Obstet Gynecol 2003

⁴ Gandhi et al. Am J Obst Gynecol. 2016